Über den syphilitischen Primäraffekt am Zahnfleisch.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin,
Chirurgie und Geburtshilfe
einer hohen medizinischen Fakultät der Universität Leipzig

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

vorgelegt von

Martin Engelhardt
Assistenzarzt am Kreiskrankenhaus Bernburg a. S.

Borna-Leipzig
Buchdruckerei Robert Noske
1909.

Der medizinischen Fakultät zu Leipzig vorgelegt und zum Druck genehmigt am 12. 12. 1909.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hofmann.

Meiner lieben Mutter

in Dankbarkeit.

Literaturverzeichnis.

Nivet, De la fréquence rélative des différentes variétés des chancres syphilitiques extragénitaux chez l'homme et la femme. Thèse. Paris 1887.

Friedmann, Beiträge zur Kasuistik und Statistik der extragenitalen syphilitischen Primäraffekte. Diss. Heidelberg 1902.

Protzek, Über extragenitale Primäraffekte und ihre Diagnose. Diss. Breslau 1891.

Kaesbohrer, Der syphilitische Primäraffekt an den Tonsillen. Würzburger Diss. Borna-Leipzig 1906.

Bloch, Über extragenitale Syphilisinfektion. Diss. Borna-Leipzig 1905.

Lurz, Über extragenital aquirierte Primäraffekte. Diss. Würzburg 1905.

Siepe, Über extragenital lokalisierte Initialsklerosen. Diss. Bonn 1892.

Hellwig, Über den syphilitischen Primäraffekt der Tonsillen Diss. Berlin 1907.

Büttgen, Über extragenitale und perigenitale Primäraffekte. Diss. Leipzig 1904.

Witte, Über extragenitale Primäraffekte. Diss. Berlin 1903.

Moses, Zur Kasuistik der extragenitalen Syphilisinfektionen. Diss. Leipzig 1904.

Bergh, Über Ansteckung und Ansteckungswege bei Syphilis. In der Monatsschrift für praktische Dermatologie. 1888.

v. Zeißl, M., Lehrbuch der venerischen Krankheiten. Stuttgart 1902.

Kraus, Die Erkrankungen der Mundhöhle und der Speiseröhre. Wien 1897.

Stiebel, Über extragenitale Primäraffekte. Diss. Würzburg 1895.

Hahn, R., Über extragenitale Primäraffekte. In den Hamburger Jahrbüchern Bd. 4 S. 481.

Havas, Wiener klinische Wochenschrift 1890.

Broich, Über extragenitale Initialsklerosen. Diss. Bonn 1888.

Werner, S., Ein Fall von Primäraffekt am Zahnfleisch. In den Mitteilungen aus den Hamburger Staatskrankenanstalten, red. von Rumpf 1897 S. 404—409.

Ledermann, Dermatologische Zeitschrift 1897 Bd. 4 S. 123.

Neumann, Dermatologische Zeitschrift 1898 Bd. 5 S. 668.

Haslund, Dermatologische Zeitschrift 1903 Bd. 10 S. 535.

Freemann, British Journal of Dermatology 1899 Bd. 11 S. 461.

Chompret, Beiheft zur medizinischen Klinik 1905 S. 349.

Frossard, Des rapports entre l'état du système dentaire. Thèse. Paris 1901.

Thouvenot, Etude sur le chancre des Gencives. Thèse. Paris 1907.

Kreibich, Archiv für Dermatologie und Syphilis 1899 Bd. 49 S. 133.

Guladse, Archiv für Dermatologie und Syphilis 1898 Bd. 46 S. 468.

Scherber, Die extragenitale Syphilis. Leipzig 1908. In der Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Sonderabdruck.

Finger, Über Syphilis der Mundhöhle. In der Wiener medizinischen Wochenschrift. Sonderabdruck. Wien 1901.

Schäffer, Über ungewöhnliche und diagnostisch schwierige Erkrankungen der Mundhöhlenschleimhaut bei Syphilis und Hautkrankheiten. Im Archiv für Dermatologie und Syphilis. Sonderabdruck. Wien und Leipzig 1907.

Fournier, Chancres extragénitaux. Paris 1897.

Fournier, Traité de la Syphilis. Paris 1898.

Gaucher, Le chancre et les Syphilides. Paris 1907.

Pospelow, Über extragenitale Syphilisinfektion. Im Archiv für Dermatologie und Syphilis 1889 S. 60.

Krefting, Extragenitale Syphilisinfektion, 539 Fälle. Im Archiv für Dermatologie und Syphilis 1894 Bd. 26 S. 180.

Bruhns, Archiv für Dermatologie und Syphilis 1898 Bd. 45 S. 246.

Gaucher und **Chiray,** Journal des maladies cutanées et syphilitiques S. 355. Paris 1904.

Gaucher, P. Caunus und **Druelle,** Bulletin de la société Français e de Derm. et de Syphiligraphie S. 316/17. Paris 1907.

Taylor, Monatsheft für praktische Dermatologie. 1897. Bd. 24.

Joseph, Max, Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. 3. Aufl. Leipzig 1901.

Finger, Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. Leipzig und Wien 1908.

Keyes, Syphilis. London 1908.

Lesser, Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1901.

Rille, Zwei Fälle von extragenitalem syphilitischem Primäraffekt. In der Wiener klinischen Wochenschrift 1897 Nr. 9.

Chompret, La Syphilis. S. 787. Paris 1905.

Neumann, Syphilis. S. 124. Wien 1899.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546813_0126

Unter den extragenitalen syphilitischen Primäraffekten haben die im Munde und Rachen lokalisierten von jeher am meisten interessiert. An Häufigkeit überragen sie weitaus die im übrigen keineswegs seltenen initialsyphilitischen Manifestationen der Finger, der Brustdrüsen und anderer Körperregionen. Ihre große praktische Bedeutung liegt aber namentlich in der Diagnostik. Einige, wie z. B. die Lippen- und Zungensklerosen, sind so charakteristisch, daß ihre Diagnose fast nie Schwierigkeiten bereitet; andere, wie z. B. die sehr häufigen Tonsillarschanker oder die uns hier beschäftigenden Zahnfleischsklerosen, sind von sehr vielgestaltigem Aussehen oder (namentlich bei längerem Bestande) überhaupt wenig charakteristisch oder wegen ihrer gelegentlichen Komplikation mit akut entzündlichen Erscheinungen so wenig typisch, daß die Diagnose weniger aus dem morphologischen Befunde als aus Nebenumständen, zumal aus der Lymphdrüsenschwellung, gestellt werden muß.

Unter den vielfachen, in der Literatur niedergelegten Statistiken extragenitaler Primäraffekte stehen die Zahlen Fourniers wegen der Autorität dieses Beobachters, der in einem langen Leben wohl über das größte einschlägige Krankenmaterial in klinischer wie in privater Praxis verfügt, zweifellos oben an.

Unter 727 von ihm beobachteten Primäraffekten der Mund- und Rachenhöhle betrafen

567 die Lippen
75 die Zunge
69 die Tonsillen
11 das Zahnfleisch
4 den Gaumen
1 die Wangenschleimhaut.

Gaucher gibt folgende Übersicht über 81 Primäraffekte der Mundhöhle:

		Männer	Frauen	Zusammen
54	Oberlippe	9	12	21
	Unterlippe	15	15	30
	Mundwinkel	2	1	3
	Zunge	9	3	12
	Tonsillen	5	7	12
	Zahnfleisch	—	2	2
	Wangenschleimhaut	1	—	1

Diesen Ziffern der beiden Pariser Autoren sei noch eine Tabelle der Wiener Syphilisklinik aus den Jahren 1901—1907, über welche Scherber berichtet hat, an die Seite gestellt.

	Männer	Frauen
Oberlippe	10	19
Unterlippe	8	6
Mundwinkel	1	3
Zunge	1	1
Zahnfleisch	4	—
Tonsillen	4	6
Weicher Gaumen	1	1

Pospelow, welcher bei der Häufigkeit der extragenitalen Syphilisinfektion in Rußland gewiß über reiches Beobachtungsmaterial verfügt, nennt unter 198 extragenitalen Primäraffekten bloß einen am Zahnfleisch.

Mauriac erwähnt in einer Zusammenstellung eigener und fremder Statistiken unter 201 extragenitalen Sklerosen 3 Fälle, welche das Zahnfleisch betrafen.

Aus diesen Daten erhellt die relative Seltenheit des gingivalen Primäraffektes, welcher an Häufigkeit insbesondere gegen die Lippen- und Tonsillarsklerosen ganz wesentlich zurücktritt. Viele, ja wohl mehr als die Hälfte aller Arbeiten über extragenitale Primäraffekte, gedenken der Zahnfleischsklerosen überhaupt nicht.

Fournier bezeichnet in seiner ausführlichen Monographie „Les chancres extragénitaux“ die Zahnfleischsklerosen 40 mal seltener als die Lippensklerosen und berichtet, er habe in seiner Praxis nur 9 Zahnfleischsklerosen gegenüber 328 Lippensklerosen (8 beim Mann, 1 bei einer Frau) gezählt.

Bulkley, welcher 1894 eine umfassende Zusammenstellung extragenitaler Primäraffekte eigener und meist fremder Beobachtung lieferte, fand in der Literatur insgesamt 42 Primäraffekte des Zahnfleisches veröffentlicht gegenüber 1810 Lippensklerosen.

Finger („Über Syphilis der Mundhöhle“) hat noch weitere 30 Fälle in der Literatur ausfindig gemacht, die bei Bulkley fehlen oder erst nach 1894 publiziert worden sind; es betrage also die Zahl der bis 1901

bekanntgewordenen Primäraffekte am Zahnfleisch 72 Fälle.

Werner berichtet, daß unter 383 im Alten Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg beobachteten extragenitalen Primäraffekten nur eine Zahnfleischsklerose sich befand.

Im folgenden seien zunächst diejenigen Fälle von Zahnfleischsklerosen angeführt, die in Form ausführlicher Krankengeschichten literarisch fixiert sind.

I.

Fall von Nivet.

45jähriger Mann, am 8. 10. 1885 aufgenommen, zeigt in Höhe des linken Dens caninus ein Geschwür am Zahnfleisch, das 14 Tage vorher infolge Schmerzes an dieser Stelle von ihm bemerkt worden war. Gleichzeitig war die linke Gesichtshälfte geschwollen. Das Geschwür war oval und entblößte den Zahnhals und die Incisivi derselben Seite. Der Grund war glatt und opalisierend, die Ränder nach der linken Seite hin glatt, medianwärts wallartig aufgeworfen. Es bestand Schwellung der Submaxillar- und Suboccipitaldrüsen beiderseits, welche auf Druck schmerzten. Das Genitale und der übrige Körper waren völlig frei von Erscheinungen.

Der Kranke hatte 6 Wochen vorher aus einer nicht ihm gehörigen Pfeife geraucht, doch gab er zu, sich möglicherweise auch im sexuellen Verkehre infiziert zu haben.

Therapie: Quecksilberkur.

Am 20. Oktober klagt der Kranke über Zahnschmerzen.

Die Zähne, die durch das Geschwür in Mitleidenschaft gezogen sind, sind gelockert und schmerzen auf Druck. Schwellung der Schleimhaut und der Haut über dem linken Oberkiefer. Am Körper ist Roseola aufgetreten.

28. Oktober. Die Periostitis ist abgelaufen.

4. November. Hydarthros des linken Knies, der schnell aufgetreten und schmerzlos ist. Es wird Bettruhe verordnet und ein blasenziehendes Pflaster aufgelegt.

8. November. Der Erguß im Kniegelenk ist zurückgegangen, es besteht nur noch eine Verdickung der Synovialis und bei Bewegung ganz geringer Schmerz.

26. November. Patient entlassen. Das Geschwür ist vollkommen geheilt, der Erguß im Kniegelenk resorbiert.

II.

Fall von Pospelow.

Es handelt sich um einen Klarinettisten, der sich wegen einer beträchtlichen Schwellung einer Halsdrüse 1884 in die chirurgische Abteilung des Moskauer Krankenhauses aufnehmen ließ. Beim Auftreten eines papulösen Syphilides wurde er der Abteilung für Hautkrankheiten überwiesen. Hier konstatierte man auf der dem linken Schneidezahn entsprechenden Seite des oberen Zahn-

fleisches ein V-förmiges, hellrotes Geschwür mit hartem, leicht erhabenem, hellrotem Rande. Die Submaxillardrüsen geschwollen, geringer die Hals- und übrigen Drüsen, Roseola syphilitica; alle diese Symptome und das Fehlen eines Geschwürs am Genitale ließ keinen Zweifel darüber, daß es sich um einen harten Schanker des Zahnfleisches handelte, der, nach dem Berufe des Kranken zu urteilen, vermuten ließ, daß er beim Blasen der Klarinette, deren sich außer ihm noch andere bedienten, acquiriert war.

III.

Fall von Krefting.

Ein erwachsener Mann hatte auf dem Zahnfleisch am Oberkiefer über den Vorderzähnen einen Primäraffekt; gleichzeitig waren die Submaxillar- und Nuchaldrüsen, besonders links, bedeutend vergrößert.

Der Autor bemerkt hierzu: „Da eine jede Wunde an dieser Stelle wegen der anatomischen Verhältnisse sich hart anfühlen wird, hat das sonst pathognomonische Zeichen in bezug auf diese Lokalisation keine diagnostische Bedeutung".

IV.

Fall von Girode.

Eine 26jährige, seit 3 Jahren in einer Zündholzfabrik tätige Arbeiterin hatte einen Primäraffekt am

Zahnfleisch, der sowohl selbst wie die Begleitsymptome obigem II. von Pospelow beschriebenen Falle sehr ähnlich war. Die Kranke hatte die gleichen Trinkgefäße benützt wie die anderen Arbeiterinnen. Durch eine beträchtliche Gingivitisphosphorica war das Zahnfleisch für das Eindringen des syphilitischen Virus besonders geeignet.

V.

Fall von Mauriac.

Es handelt sich um eine mit einer gräulichen Pseudomembran bedeckten, in Höhe des Zahnhalses befindlichen Erosion des Zahnfleisches. Härte ist schwer nachweisbar, das Geschwür ist von einem wallartigen Rande umgeben. Die Schwellung der Submaxillardrüsen und die Induration lassen keinen Zweifel, daß es sich hier um eine Zahnfleischsklerose handelt.

VI.

Fall von Bruhns.

Ein Mann mit einem Primäraffekt des Zahnfleisches der oberen inneren Schneidezähne. Das Geschwür war rundlich und derb infiltriert. Die Anschwellung bestand angeblich seit 8—14 Tagen. Nach dem Aussehen des Geschwürs und der harten Schwellung der Submaxillar- und Zervikaldrüsen kann es als nicht zweifelhaft erscheinen, daß es sich um einen Primäraffekt handelt.

Interessant ist die Ätiologie dieses Falles. Der Kranke ist in der Charité vom 17. bis 31. Januar wegen

eines Ulcus molle behandelt worden. Er gibt an, Ende Januar von einem andern Patienten eine Zigarette angenommen zu haben, die jener bereits angeraucht hatte; er selbst habe sie weitergeraucht. Es stellte sich nun heraus, daß jener andere Patient an frischer sekundärer Syphilis litt; er zeigte ein Exanthem auf dem Körper und Plaques auf der Lippenschleimhaut. Man kann mit ziemlicher Sicherheit annehmen, daß die Syphilis durch die infizierte Zigarette auf den hier anwesenden Patienten übertragen wurde, auch die Inkubationszeit paßt ganz gut. Ende Januar rauchte der Kranke die betreffende Zigarette und kurz nach Mitte Februar entstand das Geschwür des Zahnfleisches.

VII.

Fall von Guladse.

Ein Schuhmacher verletzte sich mit einer Borste. Gemeinsam mit einem syphilitischen Kameraden gebrauchte er Geschirr und angerauchte Zigaretten und zog sich auf diese Weise eine Infektion zu. Der Primäraffekt saß am Zahnfleisch.

VIII.

Fall von Kreibich.

Es handelt sich um eine Zahnfleischsklerose, die kurz nach einer Zahnextraktion aufgetreten sein soll. Über Geschlecht, Alter und Krankheitsverlauf ist nichts angegeben.

IX.

Fall von Ledermann.

Ein 8jähriges Mädchen hatte einen Primäraffekt des Zahnfleisches am linken oberen Schneidezahn. Die Ätiologie ist vollkommen klar. Der anwesende, wegen Syphilis in Behandlung befindliche Vater des Mädchens hat zahlreiche Ulzerationen auf der Zunge. Das Kind wird einer Schmierkur unterzogen, infolge deren das ursächliche Leiden, ein universelles, papulöses Exanthem, bald verschwindet.

An der Ulzeration des Zahnfleisches sieht man die charakteristische Sichel- oder Halbmondform, den speckig belegten Grund und rings herum den hohen wallartig aufgeworfenen Rand.

X.

Fall von Lesser.

Es handelt sich um eine 33jährige Frau, die an heftigen Kopfschmerzen leidet. Zur selben Zeit wird eine rechtsseitige Iritis und ein papulöses Syphilid festgestellt. Genitalien intakt, Inguinaldrüsen nicht vergrößert. Auf dem Zahnfleisch des Unterkiefers findet sich eine den mittleren Schneidezähnen entsprechende oberflächliche Ulzeration, mit der eine mäßige Schwellung der Submaxillardrüsen einhergeht. Die Diagnose Primäraffekt des Zahnfleisches ist sicher. Die Frau hat sich wahrscheinlich durch ihren Bruder infiziert, bei dem sie

wohnte, wenngleich bei diesem Syphilis nicht festgestellt werden konnte.

XI.

Fall von Neumann.

Am Zahnfleisch des Oberkiefers eines 30jährigen Mannes rechts vom Frenulum labii bis zum rechten Eckzahn reichend und die Zahnfleischpyramiden selbst einnehmend sitzt ein Geschwür von Markstückgröße, das, unregelmäßig begrenzt, eine flache, rotbraune, glänzende 1 mm breite Umrandung und einen flachen, mit nicht abstreifbarem gelblichen Belag versehenen Grund aufweist. Die Präaurikulardrüsen sind nicht zu tasten. Am Unterkiefer rechts fühlt man eine kleinapfelgroße harte, ovale und nur wenig verschiebliche Drüse. Außerdem ist ein papulöses Exanthem und am Dorsum des Penis eine Sklerose vorhanden. Angaben über die Ätiologie fehlen.

XII.

Fall von Neumann.

Die Kranke ist eine 27jährige Dienstmagd. Infektionsmodus unbekannt.

XIII.

Fall von Werner.

Es handelt sich um eine 38jährige Arbeiterin, die seit 1883 verheiratet ist; 1885 ging ihr Mann heimlich nach Amerika. 1885 hatte sie eine Fehlgeburt im

4. Schwangerschaftsmonat. 1893 verheiratete sie sich nochmals; der Ehemann ging ein Vierteljahr später ebenfalls heimlich nach Amerika. Zunächst war sie Haushälterin bei einem Schankwirt, dann bei einem Zimmermann. Seit 1 Jahre ist sie Arbeiterin in einer Dampfwäscherei. Seit 1885 nicht wieder schwanger, Menses regelmäßig, zuletzt vor 3 Wochen. Patientin leugnet jeden geschlechtlichen Verkehr in der letzten Zeit. Seit 7 Jahren trägt sie ein künstliches Gebiß, seit 4 Jahren ist sie nicht zahnärztlich behandelt worden.

12. Januar. Schlecht genährtes Individuum, senile Gesichtszüge. Gewicht 107 Pfund. Links ist das Gesicht von der Oberlippe bis zum unteren Augenlid leicht geschwollen, die Anschwellung ist derb, läßt sich nicht mit dem Finger eindrücken. Präaurikulardrüse links nicht vergrößert, überhaupt nicht tastbar. Unter dem Kieferwinkel beiderseits ein taubeneigroßes, hartes, unverschiebliches Drüsenpaket. Die Kronen der oberen Zähne fehlen sämtlich, in den Alveolarfortsätzen stecken nur noch Wurzelstümpfe. Das Zahnfleisch ist durchweg gewulstet und eitert an den Alveolarrändern. Unter dem Frenulum der Oberlippe ist das Zahnfleisch der linken Oberkieferhälfte bis zum ersten linken Molarzahn schinkenfarben, hart und verdickt. Dazwischen finden sich mehrere grau belegte Ulzerationen von etwa Erbsengröße, die an verschiedenen Stellen konfluieren. Diese oberflächlichen Geschwüre reichen bis zum Alveolarfortsatz des linken äußeren Schneidezahnes. Die be-

schriebene Veränderung erstreckt sich auch etwas nach rechts über das Frenulum labii superioris hinaus bis an die Grenze des rechten äußeren Incisivus. Gegenüber der Zahnfleischerkrankung genau in der Mitte der Oberlippe findet sich ein stark vorspringendes, kirschkerngroßes, typisches Initialgeschwür, das eine schinkenfarbene Peripherie und eine dicke schwarze Borke in der Mitte zeigt. Die schinkenfarbene Induration beschränkt sich nicht auf das Lippenrot, sondern greift nach oben $^1/_4$ cm weit auf die Haut des Filtrums der Oberlippe über.

Submentaldrüsen nicht vergrößert, Nuchal- und Inguinaldrüsen stark geschwollen. Schuppende Papeln in der linken Nasolabialfalte, am linken Mundwinkel und am Kinn. Über den ganzen Körper verbreitet ein dichtstehendes lentikuläres, makulöses und papulosquamöses Syphilid. Dazwischen auf der linken Schulter und links am Halse einzelne erbsengroße, mit kegelförmigen Schuppen bedeckte Effloreszenzen. Psoriasis palmaris beiderseits, Plaques erosives an Schamlippen und After. Schleimpapeln auf der linken Tonsille. Rhagaden in beiden Mundwinkeln. In der unteren Zahnreihe sind nur die Kronen der beiden inneren Schneidezähne und des ersten rechten Molarzahnes erhalten.

Therapie.	12. Januar	Ungt. cin.	4,0	Dos.	IV
	18. „	„ „	4,0	„	IV
	24. „	„ „	4,0	„	IV

Der Schanker der Oberlippe ist abgeheilt, der des Zahnfleisches in Heilung begriffen. Das Exanthem verblaßt.

30. Januar. Exanthem noch mehr abgeblaßt. Oberlippengeschwür völlig verheilt, nur noch wenig induriert. Primäraffekt des Zahnfleisches bis auf einen schmalen Saum vernarbt. Ungt. cin. 4,0 Dos. IV.

5. Februar. Der Lippenschanker mit kupferfarbener, etwas derber Narbe geheilt. Die Zahnfleischsklerose nur noch durch eine etwas hellivide halbkreisförmige Stelle erkennbar, die aber typisch induriert ist und sich als knorpelharte Platte von der Umgebung scharf abhebt.

Kieferdrüsenschwellung beiderseits noch deutlich vorhanden, links krachmandelgroß. Das Exanthem abgeheilt, doch ist der ganze Körper mit linsengroßen Schuppen dicht bedeckt, die auf den früheren syphilitischen Effloreszenzen sitzen. Ungt. cin. 6,0 Dos. IV.

9. Februar. Schuppung wesentlich geringer. Gewicht 107 Pfund. Entlassen.

XIV.

Fall von Freemann.

Ein 16jähriges Mädchen hatte ein Geschwür auf der rechten äußeren Seite des Zahnfleisches gegenüber dem letzten unteren Molarzahn von der Größe eines Zehnpfennigstückes. Auf dem Geschwür reichliche Granulationen; das Geschwür selbst läßt eine beträchtliche Induration erkennen. Das angrenzende Zahnfleisch und die anliegenden Teile der Wangenschleimhaut waren

ziemlich stark geschwellt, die Schwellung war auch von außen deutlich sichtbar. Wie lange das Geschwür bestand, war nicht eruierbar.

Außerdem war Schwellung der Submaxillardrüsen vorhanden, doch ohne deutliche Induration. Cervikal- und Axillardrüsen nicht vergrößert.

Am Körper bestand kein Exanthem, die Kranke war nicht anämisch.

Es wurde die Wahldiagnose gestellt zwischen syphilitischem Primäraffekt und maligner Geschwulst. Schließlich nahm man ersteres als erwiesen an und brachte die Patientin in das St. Bartholomäus-Krankenhaus. Hier wurde der Fall als rätselhaft angesehen, schließlich aber einigten sich die Meinungen dahin, daß es sich um einen Primäraffekt am Zahnfleisch handelte. Die Therapie bestätigte dies. Es wurde sofort eine Quecksilberkur eingeleitet und das Geschwür begann zu heilen; bis zur Entlassung des Mädchens war es bis auf ein Drittel seiner ursprünglichen Größe verkleinert.

Während der Behandlung hatte sich ein makulöses Exanthem entwickelt, auch machte sich eine deutliche Drüsenschwellung bemerkbar. Vor Beginn der Behandlung hatte die Patientin noch keine antiluetische Kur durchgemacht.

XV.

Fall von Haslund.

Bei einem 21jährigen Mädchen findet sich außer Induration am Zahnfleisch gleichzeitig Adenitis sub-

maxillaris dextra und Adenitis universalis. Es besteht ein makulöses Exanthem. Auf den Labia majora Papeln, ebenfalls in den Fauces.

Was die Ätiologie anlangt, so glaubt das Mädchen, mit Bestimmtheit durch einen Kuß angesteckt zu sein.

XVI.

Fall von Gaucher und Chiray.

Bei einem erwachsenen Mädchen saß der Primäraffekt am oberen Zahnfleisch, das geschwollen und rot verfärbt in Ausdehnung von den 4 Incisivi, dem Caninus und dem ersten linken Prämolarzahn verdickt war. Beiderseits bestand Adenitis submaxillaris und seit 3 Wochen Roseola; diese beiden Symptome wiesen auf die Diagnose Zahnfleischsklerose.

Das Geschwür war von der Patientin seit Oktober bemerkt worden. Sie glaubte von einem syphilitischen Freunde angesteckt zu sein, mit dem sie geschlechtlich verkehrt und dem sie zuweilen ihre Zahnbürste geliehen hatte. Die letzte Kohabitation hatte im Juni stattgefunden, also wäre die Inkubationszeit mit $3^1/_2$—4 Monaten anzusetzen. Andererseits aber hatte die Kranke bei dem ersten Krankheitszeichen einen Zahnarzt konsultiert, der die kleine Neubildung entfernte. Es ist nun die Möglichkeit vorhanden, daß die Patientin erst durch das Instrument des Zahnarztes infiziert worden ist. Die Roseola erschien 3 Wochen nach der Zahnaffektion.

XVII.

Fall von Chompret.

Eine junge, kaum ein halbes Jahr verheiratete Frau hatte rechterseits unterhalb der oberen Incisivi ein oberflächliches Geschwür von halbmondförmiger Gestalt, das etwa 1 cm breit war. Das Begleitsymptom dieser nicht schmerzhaften Ulzeration war eine rechtsseitige Schwellung der Submaxillardrüsen. Die sehr intelligente Kranke konnte nicht die geringste Angabe über die etwaige Ursache ihres Leidens machen. Sie war niemals beim Zahnarzt gewesen, hatte sich keines Zahnstochers bedient und konnte sich auf keine irgendwie verdächtige Verletzung oder Berührung dieser Partie der Mundhöhle besinnen. Ihr Mann, der sehr kräftig ist, leugnete, jemals syphilitisch infiziert gewesen zu sein.

XVIII.

Fall von Gaucher, P. Cannus und Druelle.

Ein 21jähriger Mann, der weder eine vererbte noch erworbene Krankheit überstanden hat, wird von einem Zahnarzt zu Gaucher zur Untersuchung geschickt wegen eines Geschwürs am oberen Zahnfleisch, das seit 3 Wochen bestehen soll. Zuerst hatte sich ein kleiner oberflächlicher Substanzverlust gezeigt, der sich in wenigen Tagen zu der jetzigen Größe und Gestalt entwickelte. Das Geschwür sitzt auf dem linken oberen Zahnfleisch; es erstreckt sich längs des oberen Randes des Geschwürs als ein Substanzverlust, der eine Partie

der vorderen Seite zweier Incisivi bloßlegt und zwischen dem mittleren und lateralen linken Incisivus am tiefsten ist. Er reicht bis auf das Periost und den vorderen Alveolarrand des Oberkiefers. Die Ränder sind hart und abgerundet. Der Grund des Geschwürs ist nicht eitrig belegt, sondern mit einem gelblichweißen dünnen Häutchen bedeckt; die Größe des Substanzverlustes ist 1—2 cm. Die Zähne sind intakt, es besteht keine Gingivitis. Die übrige Mundschleimhaut ist ohne Besonderheiten. Der Kranke hat selbst beim Kauen keine Schmerzen. Es besteht eine beträchtliche Schwellung der Submaxillardrüsen der linken Seite. Am unteren Rand und der inneren Seite des horizontalen Kieferastes sind die Drüsen hart und indolent, im Gegensatz zu den übrigen, die ebenfalls induriert und nicht schmerzhaft sind, stark vergrößert.

Seit einigen Tagen klagt der Kranke über Kopfschmerzen; seit der Aufnahme ins Krankenhaus steht er unter Quecksilberbehandlung. Die Tatsachen sprechen dafür, daß es sich um eine Infektion durch einen Zahnstocher handelt, dessen sich der Patient ohne hinreichende Vorsicht beständig bediente.

XIX.

Fall von Schäffer.

Ein junger Mann begab sich in Behandlung, nachdem er seit etwa 3 Wochen beim Reinigen der Zähne mit der Bürste eine Wunde zwischen den oberen und

mittleren Schneidezähnen bemerkt hatte, die sich beim Betasten mit der Zunge als deutlicher Substanzverlust darstellte. Bei Berührung ist die Erosion völlig unempfindlich. Bei der Untersuchung findet sich ein zwischen den Schneidezähnen und anschließend auf der Schleimhaut des harten Gaumens befindliches unbedeutendes, flaches und unregelmäßig begrenztes Geschwür von der Form eines Dreieckes, dessen Grund hochrot, höckerig und teilweise gelblich gering belegt ist. Der Rand ist wenig erhaben und deutlich induriert. Selbst bei energischer Reinigung entsteht keine Blutung.

Nach 8 Tagen trat ziemlich plötzlich unter Steigerung der Körpertemperatur bis 39° C eine Schwellung der Drüsen an Wangen und Unterkiefer auf. An der linken Wange konnte man eine glatte, fast fingerbeerengroße Drüse tasten. An der Wangenschleimhaut rechts fand sich eine ähnliche glatte, aber kleinere Drüse; diese ließ sich am besten von der Mundhöhle aus abtasten. Die Submaxillardrüsen derselben Seite sind nur gering geschwollen. Sämtliche Drüsen sind auch schon bei leichtem Druck sehr schmerzhaft. In den nächsten Tagen fiel das Fieber zeitweise, erreichte aber am Abend gewöhnlich wieder 38° C. Das Ulcus bildete sich allmählich zurück und stellte nur noch eine leicht erhabene, granulierende Fläche von deutlicher Induration dar. Die Submaxillardrüsen vergrößerten sich und verursachten starke Schmerzen, so daß an eine Inzision gedacht wurde. Temperatur wieder über 39° C. Patient machte

einen schwerkranken Eindruck, so daß man an Typhus abdominalis denken mußte. Milzschwellung bestand nicht, Vidal negativ. Plötzlich trat eine intensive, scharf umschriebene Rötung namentlich des vorderen Teiles des Zahnfleisches des Oberkiefers auf, verbunden mit Schwellung und körnigem Aussehen. Die Entzündung der Drüsen ging zurück, und jetzt erst fiel die derbe Konsistenz der scharf begrenzten Drüsenpakete am Unterkiefer auf.

Einige Tage später (6 Wochen nachdem die wunde Stelle am Zahnfleisch bemerkt worden war), entstand ein fleckiges Exanthem, das sich bald zu einem typischen makulösen und papulösen Syphilid entwickelte. An den Tonsillen zeigten sich charakteristische Plaques. Eine Quecksilberinunktionskur bewirkte in kurzer Zeit Rückbildung sämtlicher Erscheinungen.

Patient gibt zu, sich an der betreffenden Stelle mit einem Zahnstocher verletzt zu haben, dessen er sich häufig zu bedienen pflegte.

XX.

Fall von Thouvenot.

18jähriger Kellner. Heredität nicht nachweisbar, stets gesund. Der Kranke bemerkte anfangs nur, daß sein Zahnfleisch, sowohl das obere wie das untere, leicht blutete. 8 Tage darauf schwoll die rechte Submaxillargegend an, wenige Tage später die entsprechende Partie der linken Seite.

Ein katarrhalischer Ikterus veranlaßte den Patienten, sich ins Krankenhaus aufnehmen zu lassen. Die Untersuchung ergab ein makulöses Syphilid an Brust, Bauch, Nacken und teilweise an den oberen und unteren Extremitäten.

Die Leistendrüsen sind gering schmerzhaft. Im Munde findet sich an den beiden oberen Schneidezähnen ein halbmondförmiges Geschwür, dessen Rand wallartig erhaben ist. Der Grund ist weißlichgrau und blutet leicht. Ein zweiter Substanzverlust findet sich am rechten seitlichen Schneidezahn, den Hals dieses Zahnes umgebend. Das übrige Zahnfleisch ist lebhaft gerötet und blutet leicht.

Auf Befragen gibt der Kranke zu, mit einer Prostituierten täglich verkehrt zu haben; dem normalen Geschlechtsakt sei stets ein Koitus ab ore vorausgegangen.

XXI.

1. Fall von Hulot. (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 1879.)

Ein Tagelöhner von 32 Jahren, der bereits wegen eines Ulcus am Penis in Behandlung war, bemerkte 10 Wochen später „embrassé sur la bouche par une femme“ an den ersten oberen Schneidezähnen einen Substanzverlust, der rasch an Größe und Härte zunahm. Die Submaxillardrüsen schwollen an, fühlten sich hart an, waren aber vollkommen unempfindlich.

XXII.

2. Fall von Hulot.

Ein 65jähriger Mann hatte einen Primäraffekt in der Gegend der oberen Schneidezähne. Er bediente sich derselben Tasse wie sein syphilitischer Freund. Außerdem hatte er Plaques muqueuses auf den Mandeln und andere Erscheinungen.

Interessant ist dieser Fall durch das Alter des Mannes und dadurch, daß sich drei Monate später eine Retinitis und Iritis syphilitica zeigte.

XXIII.

Fall von Leloir. (Leçons sur la syphilis, Paris 1886, pag. 62.)

Daß chirurgische Eingriffe und überhaupt irgendwelche Anwendung von Instrumenten, die mit syphilitischem Virus behaftet sind, zu infizieren vermögen, zeigt folgender Fall.

Ein Mann hatte sich einen Zahn reinigen lassen. Die Instrumente waren beschmutzt, und einige Zeit darauf bekam der Kranke einen Primäraffekt am Zahnfleisch.

XXIV.

Fall von Roddick. (Montreal medical journal 1888, XVIII Nr. 2 pag. 93.)

Bei einer sehr schwierigen Zahnextraktion wurde das Zahnfleisch an seiner Oberfläche zerrissen. Bald

darauf bildete sich ein Substanzverlust am Zahnfleisch, der als Primäraffekt diagnostiziert wurde.

Die Infektion muß also durch die Zahnzange erfolgt sein, mit der die Extraktion vorgenommen worden war. Kurz vorher war sie jedenfalls bei einem syphilitischen Individuum benützt worden, das Plaques muqueuses in der Mundhöhle hatte.

XXV.

Fall von Lancereaux. (Bulletin de l'Academie de médecine 1889, XXII pag. 447; l'Union médicale 1889, XLVIII pag. 655.)

Eine 36jährige Frau ließ sich bei einem bekannten Zahnarzte der Hauptstadt einige Zähne ziehen und ein Gebiß anfertigen. Kurze Zeit nach der Operation hatte sie Schmerzen am oberen Zahnfleisch links von der Mittellinie, dann zeigte sich an eben dieser Stelle eine harte Schwellung. Nicht viel später schwollen die Submaxillardrüsen derselben Seite an, bald auch auf der rechten.

Anfangs hielt man es für einen Abszeß; eine Inzision brachte keinen Erfolg. Etwa 3 Wochen später zeigte sich ein papulöses Syphilid von kupferroter Farbe, darauf eine kleinpustulöse Eruption, die sich auf die Beine, besonders die Partien der Tibia, ausdehnte. Eine Quecksilberbehandlung brachte Heilung.

Hier ist die Infektionsstelle unzweifelhaft das Zahn-

fleisch, das durch die Instrumente des Zahnarztes infiziert wurde.

XXVI.

Fall von Jeanselme. (Gazette des hôpitaux 8. 5. 1906 pag. 627.)

Ein junger Mann kommt in Behandlung wegen einer hartnäckigen Ulzeration auf dem unteren Zahnfleisch an einer Stelle, wo vor einigen Wochen ein Molarzahn mit Hilfe des Schlüssels von Carangeot extrahiert worden war.

XXVII.

Fall von Foveau de Courmelles und Fournier. (Journal des maladies cutanées, septembre 1905.)

Ein Ehemann infiziert unter Alkoholwirkung stehend seine Frau, die eine schwere sekundäre Lues davonträgt, und zwar Geschwüre im Munde und auf der Haut. Die Schwester seiner Frau mit ihrem Kind, das sie selbst nährt, kommt zu Besuch, benützt dieselbe Zahnbürste wie ihre Schwester und infiziert sich und ihr Kind. Zur Zahnreinigung hatten sie beide nur reines Wasser benützt.

XXVIII.

Fall von Stourme. (Thèse de Lyon 1889.)

Ein 23jähriger Leutnant läßt sich im November 1883 wegen einer Ulzeration an der Wange behandeln. Gleichzeitig bestand Schwellung der Submaxillardrüsen. Seit 3 bis 4 Monaten litt er an Schmerzen im Munde, die

er mit dem Hervorbrechen eines Weisheitszahnes in Verbindung brachte.

Bei der Untersuchung fand sich eine Ulzeration um diesen Zahn herum, die er selbst vor 6 bis 7 Wochen zum ersten Male gespürt hatte. Es folgte ein papulöses Syphilid an Rumpf und Extremitäten, außerdem bestanden heftige Kopfschmerzen.

An den Genitalien ist nichts nachweisbar. Bestätigt wurde die Diagnose „Primäraffekt am Zahnfleisch" durch den Erfolg der eingeleiteten Quecksilberbehandlung.

XXIX.

Fall von F. Moty. (Echo médical du Nord 28. 3. 1897 pag. 126.)

Bei einem Soldaten bestand linksseitige Submaxillardrüsenschwellung, die ganz den Eindruck einer Phlegmone beim Hervorbrechen des Weisheitszahnes machte. Die Drüsen fühlen sich hart an, sind nicht druckschmerzhaft, Temperatursteigerung besteht nicht. Die Zähne sind gesund, doch besteht eine skorbutartige Gingivitis, die sich der Mann vor 2 Jahren im Hafen von Cherbourg zugezogen zu haben glaubte. Um den Hals der unteren Schneidezähne findet sich ein Geschwür. Die skorbutartigen Ulzerationen sind die Eingangspforte für das syphilitische Virus gewesen. Die Diagnose wurde durch eine bald darauf erfolgende, über Rumpf und obere Extremitäten sich ausbreitende Papeleruption gesichert.

XXX.

Fall von Béclère. (Gesellschaft für Dermatologie 26. 4. 1887.)

Ein 30jähriger, seit 7 Jahren verheirateter Mann, Vater von 3 gesunden Kindern, begibt sich wegen Kopfschmerzen und Flecken am Körper in Behandlung. Letztere werden als Roseola syphilitica diagnostiziert; es finden sich außerdem linsengroße Papeln. Geschlechtsorgane gesund. Auf Befragen versichert der Kranke, er habe sich keine Untreue seiner Frau gegenüber zuschulden kommen lassen.

Bei der Untersuchung findet sich außer einer harten, haselnußgroßen, indolenten Submaxillardrüse am Zahnfleisch neben den oberen mittleren Schneidezähnen, den Hals dieser Zähne umgebend, ein Geschwür von $^1/_2$ Markstückgröße, das als Primäraffekt diagnostiziert wird. Der Erfolg der antiluetischen Behandlung bestätigt die Richtigkeit der Diagnose.

Dieser Fall verdient deswegen besonders hervorgehoben zu werden, weil er der einzige bekannte Fall ist, bei dem das Geschwür innerhalb der Zahnreihe sitzt.

XXXI.

Fall von Gillebert Dhercourt. (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 1880.)

Ein Kranker mit typischer Roseola, der keinen Schanker gehabt zu haben versichert, wird vorgestellt.

Die Untersuchung der Geschlechtsteile und der Inguinaldrüsen ist ergebnislos; schließlich findet sich um den Zahnhals der oberen mittleren Schneidezähne eine Ulzeration des Zahnfleisches, die Hals- und Submaxillardrüsen sind hart und geschwollen.

XXXII.

Fall von Frossard. (Thèse de Paris 1901.)

Ein 45jähriger Tagelöhner klagt über eine Wunde an der Zunge. Bei der Untersuchung der Mundhöhle findet sich am Zahnfleisch, den Hals der mittleren und seitlichen oberen Incisivi überragend, eine lebhaft rote Geschwulst. Das Zahnfleisch selbst ist zerfetzt, von brandiggrauer Farbe. Die ziemlich harte Geschwulst entleert auf Druck eitrige Flüssigkeit. Die Zunge zeigt an ihrer Spitze etwas nach rechts einen weißlichen, etwas ausgehöhlten Substanzverlust von Erbsengröße; die umgebende Schleimhaut ist gerötet. Beim Palpieren fühlt man einen harten Knoten. Der rechte seitliche Schneidezahn ist abgebrochen und die Bruchfläche entspricht etwa dem Substanzverlust an der Zungenspitze. Zwischen den Zähnen quillt auf Druck Eiter hervor, außerdem ist am rechten Eckzahn eine wenige Tropfen Eiter entleerende Fistelöffnung zu finden. Sämtliche übrigen Zähne sind wacklig, besonders der obere linke erste Molarzahn.

Auf Befragen gibt der Kranke an, seine Zähne seien seit längerer Zeit wacklig und das Zahnfleisch

blute leicht. Er ist starker Tabakkauer. Nach seiner Aussage hat er seit 5 Wochen mit dem abgebrochenen Schneidezahn fortwährend auf dieselbe Stelle der Zunge gebissen.

Am übrigen Körper findet sich außer einer kleinen harten und nicht schmerzempfindlichen Submaxillardrüse keine Besonderheit.

10 Tage später treten typische Roseolen auf, die die Diagnose sichern.

XXXIII.

Fall von Grimm. (Berliner dermatologische Vereinigung.) Infektion durch ein zahnärztliches Instrument.

Die im folgenden mitzuteilenden 5 Fälle sind sämtlich von Herrn Professor Rille beobachtet worden. Sie werden hier zum ersten Male publiziert, mit Ausnahme von Fall XXXIV, der bereits von Neumann 1895 in der Wiener dermatologischen Gesellschaft vorgestellt worden ist, doch auch von diesem Falle wurde bisher keine ausführliche Krankengeschichte veröffentlicht.

XXXIV.

1. Fall von Rille.

M. W., 53 Jahre alt, Bäcker. Aufgenommen in die Universitätsklinik für Syphilis in Wien am 6. 5. 1895.

An Stamm und Extremitäten dichtgedrängte, bis hanfkorngroße, meist hirsekorn- und stecknadelkopfgroße matt glänzende über das Hautniveau erhabene rotbraune Effloreszenzen. Viele derselben, besonders die größeren,

zeigen einen zentralen Eiterpunkt. Auch an den Handrücken sowie an der Haut des Penis und der Glans finden sich solche Effloreszenzen. Am Skrotum dichtgedrängte, hellrote, bis über linsengroße im Zentrum zerfallene Effloreszenzen, die mit einem dichten, speckigen, nicht abstreifbaren Belag versehen sind. Inguinaldrüsen über bohnengroß. Die gleichen Effloreszenzen finden sich dicht gedrängt auf dem Rücken. Cubitaldrüsen beiderseits bohnengroß. Im Gesicht, namentlich an der Stirn, dichtgedrängt stehende hellrote mit Borken belegte Effloreszenzen. An den infolge Branntweingenusses livid verfärbten Nasenflügeln sind die Venen deutlich erweitert, im Bereich dieser Verfärbung Pusteleffloreszenzen. Am Unterkieferwinkel links eine bohnengroße, rechts eine fast hühnereigroße indolente Drüse, die die Haut beträchtlich vorwölbt.

An der Schleimhaut der mittleren oberen Schneidezähne ein über zehnpfennigstückgroßes Geschwür mit einem dichten, festhaftenden graugelben Belag versehen. Zahnfleischpyramiden an dieser Stelle zerstört, Zahnhals vollständig bloßliegend, bei Berührung sehr schmerzhaft. — Körpergewicht 56 kg.

Therapie: Inunktionen mit Ungt. hydrargyri (3 g pro Tag).

Die Angaben des Kranken machen wahrscheinlich, daß er sich mit einem Zahnstocher infiziert hat.

10. Mai. Körpergewicht 56 kg. 29. Mai. Körpergewicht 58 kg.

3. Juni. Nach 11 Einreibungen sind an Stamm und Extremitäten die Effloreszenzen dicht gedrängt, beträchtlich eleviert, meist linsengroß, die größten dunkellivid, namentlich an den unteren Extremitäten. Sie zeigen durchweg eine zentrale Pustel, die zumeist zu einer dünnen Borke vertrocknet ist. Bei den Effloreszenzen an den oberen Extremitäten sieht man eine weiße Schuppe, die die gesamten Effloreszenzen bedeckt. Zwischen diesen Effloreszenzen eine große Zahl neu aufgetretener von Stecknadelkopf- bis Hanfkorngröße; diese sind matt rotbraun, mehr blaß, ohne Pusteln, namentlich am Rücken dicht gedrängt stehend, besonders in der Lumbalgegend und an der Innenfläche der unteren Extremitäten.

Cubitaldrüsen fast haselnußgroß, Inguinaldrüsen doppelbohnengroß, teigig, indolent. Auch an der Penis- und Skrotalhaut abgeflachte mit Schuppen oder Borken bedeckte Effloreszenzen, letztere geschichtet. Halsdrüsen nicht zu tasten. An der Stirn vertrocknete Pustelefflorescenzen, dicht gedrängt, mit stärker elevierten Krusten. Haut der Nasenflügel noch livid verfärbt, im Bereich derselben keine Pusteln. Das Geschwür am Zahnfleisch vollständig vernarbt, blaß, livid, deutlich umschrieben von der Größe eines Zehnpfennigstückes. —

Temperatursteigerung. (39,8°.)

4. Juni	früh	38,6°	abends	39,1°
5. „	„	37,9°	„	38,0°
6. „	„	37,8°	„	38,2°

Auf den Lungen rechts hinten oben Dämpfung. Unbestimmtes Atmen.

Exanthem abgeblaßt, die Schuppen stoßen sich los.

23. Juni. 14 Einreibungen.

26. Juni. Körpergewicht 56 kg.

17. Juli. Körpergewicht $51^1/_2$ kg.

Nach 25 Einreibungen entlassen.

XXXV.

2. Fall von Rille.

P. R., Bedienerin, 25 Jahre. Aufgenommen am 24. 6. 1895 (Wiener Klinik für Syphilis).

Kleine Labien schlaff, schwarzbraun, am Rande, zumal an der Innenfläche umschriebene fleischrote Effloreszenzen, im Zentrum erodiert, leicht dellig, nässend und diphtheroid belegt.

Inguinaldrüsen rechts multipel über bohnengroß, links eine fast walnußgroße Drüse.

Portio über walnußgroß, Orifizium rund, aus demselben entleert sich eine geringe Menge dünnen, glasigen Schleimes.

Cubitaldrüsen rechts nicht tastbar, links eine halb haselnußgroße, an der inneren Schenkelfläche eine Anzahl hanfkorngroßer über das Hautniveau elevierter rotbrauner, glänzender Effloreszenzen, einzelne mit einer dünnen Schuppe bedeckt. Auch seitlich am Thorax in der Gegend des Miederdruckes vereinzelte Effloreszenzen. Handteller und Fußsohlen frei. Cervikaldrüsen erbsen-

groß. Tonsillen geschwellt und gerötet. Am Zahnfleisch des Oberkiefers eine etwa doppelbohnengroße infiltrierte, teils heller, teils livide gefärbte, teils frisch überhäutete, etwas derb anzufühlende Schleimhautstelle rechts von der Medianlinie. Am rechten Unterkiefer eine fast taubeneigroße und bis haselnußgroße Drüse, links eine über walnußgroße.

26. Juli. Die Papeln an den Labien z. T. überhäutet. Einreibungen.

28. Juli. Körpergewicht 59 kg. Drüsen rechts walnußgroß, links fast taubeneigroß. Die papulösen Effloreszenzen an den unteren Extremitäten abgeflacht, mit dünnen Borken belegt.

31. Juli. 4 Einreibungen. Die Sklerose am Zahnfleisch flacher und blasser; nach rechts hin hanfkorngroße blauweiße Überhäutungsstellen.

2. August. 6 Einreibungen. Papeln an den kleinen Labien überhäutet. Inguinaldrüsen walnußgroß. Die lentikulären Effloreszenzen eleviert, abschilfernd. Die Sklerose am Zahnfleisch fast überhäutet, blaßbraun. Die Überhäutungsstelle bläulichweiß.

12. August. Nach 17 Einreibungen Papeln an den kleinen Labien fast vernarbt. Die lentikulären Effloreszenzen an den unteren Extremitäten flacher, blaßbraun. Inguinaldrüsen doppelbohnengroß, weich. Cubitaldrüsen: links eine erbsengroße. Die Sklerose am Zahnfleisch fast ganz überhäutet, blaß livid gerötet, an einzelnen Stellen mehr braunrot. Schwellung der Zahnfleisch-

pyramiden verringert. Drüsen am Unterkieferwinkel walnußgroß.

14. August. 19 Einreibungen.

16. August. 21 Einreibungen. Sklerose am Zahnfleisch im Schleimhautniveau, die Farbe unterscheidet sich kaum noch von der der umgebenden Schleimhaut; an einzelnen Stellen blaßlivid.

23. August. 30 Einreibungen. An Stelle der Sklerose eine blasse, etwas eingezogene Narbe; Drüsen am Unterkiefer kleiner, noch walnußgroß, sonstige Symptome geschwunden.

Geheilt entlassen.

Zweiter Spitalsaufenthalt v. 25. 11. bis 7. 12. 1895.

Papulae ad genitale et ad mucosam oris, Psoriasis plantaris.

Sklerosennarbe am Zahnfleisch ziemlich deutlich vortretend, vom Frenulum der Oberlippe bis zum Eckzahn reichend, blaßbraunrot, im Zentrum eine bläulichweiße deutlich narbige Stelle.

Drüsen am Unterkieferwinkel beiderseits über walnußgroß.

XXXVI.

3. Fall von Rille.

S. D., Postamtsdienersgattin, 25 Jahre.

Aufgenommen am 15. 9. 1896 (Wiener Klinik für Syphilis).

16. September. Inguinaldrüsen rechts multipel, bohnengroß, links doppelbohnengroß. Portio walnußgroß, Orifizium rund. An den unteren Extremitäten disseminierte linsengroße rotbraune im Hautniveau gelegene Effloreszenzen, ebenso blässer und in geringerer Anzahl an der Brust, seitlich am Thorax, an Rücken und Vorderarmen untermischt mit etwas élevierten abschilfernden. Mehrfache abschilfernde, über linsengroße Effloreszenzen an der Palma manus, ebenso an der Planta pedum. Die Gaumenbogen gerötet; am Zahnfleisch des Oberkiefers links ein scharf umschriebenes, flaches, rotbraun glänzendes Infiltrat von der Größe eines Zehnpfennigstückes, medianwärts durch das Frenulum begrenzt.

Drüsen am Unterkieferwinkel links haselnußgroß, rechts eine haselnuß- und eine walnußgroße Drüse.

27. September. Körpergewicht 44 kg.

14. Oktober. Geheilt entlassen.

XXXVII.

4. Fall von Rille.

Paul P., Bahnarbeiter. Aufgenommen in die dermatologische Klinik zu Leipzig am 28. 4. 1908.

Anamnese: Vor 3 Jahren Tripper. Letzter Koitus vor 14 Tagen, Ausschlag besteht seit einer Woche. Seit 3 Wochen Geschwür am oberen linken Zahnfleisch. Seit derselben Zeit indolente Kieferdrüsenschwellung. Nicht behandelt. Patient kam selbst in die chirurgische

Klinik wegen eines Abszesses am Kiefer, der seit 8 Tagen bestand und inzidiert worden war. Die Infektion ist angeblich durch ein Musikinstrument (Klarinette oder Flöte) vermittelt. Der Kranke wechselte das Instrument während des Spielens mit seinem Kollegen, der nach seiner Aussage syphilitisch war. P. ist von mittlerer Größe und gut genährt.

Genitale: Keine Narben, kein Geschwür. Dorsaler Lymphstrang nicht zu tasten. Inguinaldrüsen beiderseits bis bohnengroß, flach, nicht derb, indolent, verschieblich. Cubitaldrüsen nicht zu tasten. Cervikaldrüsen rechts ohne Besonderheiten; links unterhalb des Kieferwinkels eine 3 cm lange Inzisionswunde, die in eine mäßig tiefe Abszeßhöhle führt. Umgebung mäßig derb.

Oberhalb des linken oberen Eck- und ersten Prämolarzahnes ein groschengroßer, scharf abgegrenzter, kreissegmentförmiger Substanzverlust, braunrot mit festhaftendem, grauweißem fibrinösen Belag, serös absondernd. Auf Druck leicht blutend und schmerzhaft.

An Brust, Bauch, besonders an den Seiten und am Rücken (Oberbrustgegend frei) sehr reichlich, weniger an der Innenfläche der oberen und unteren Extremitäten, reichlich in der Kniekehle unregelmäßig angeordnete hanfkorn- bis halb linsengroße braunrote, gering erhabene, glänzende, auf Druck rostfarben abblassende rundliche Effloreszenzen. Die größeren peripher leicht schuppend, die kleineren von mehr hellroter Farbe.

Handteller, Fußsohlen und Analfalten frei. An der

Haut des Penis sehr reichlich gut hanfkorngroße schuppende Papeln. Die übrige Schleimhaut ohne Besonderheiten.

30. April bis 6. Mai. Fieber, abends bis 40,3°.

Herz und Lungen gesund.

Im Hinterkopf starke stechende Schmerzen, sonst keine Beschwerden. Prießnitzumschlag, Inunktion.

7. Mai. Temperatur normal. Der festhaftende Belag an der Sklerose vollständig entfernt. Abszeßwunde fast verheilt.

12. Mai. Sklerose fast ganz überhäutet. Abszeßwunde verheilt.

5 Inunktionstage.

Auf Wunsch entlassen.

Dieser Fall ist noch dadurch bemerkenswert, daß er wohl der erste und bisher einzige Fall von Zahnfleischsklerose ist, in welchem Spirochaeta pallida gesucht und gefunden wurde.

XXXVIII.

5. Fall von Rille.

Margarete N., Prostituierte.

Aufgenommen am 17. 8. 1908 (dermatologische Klinik Leipzig).

Anamnese: Als Kind Scharlach. Erste Menstruation mit 12 Jahren. Nullipara. Im 17. Jahre stark bleichsüchtig. Während dieser Zeit Periode unregelmäßig, sonst immer regelmäßig. Letzte Periode vor 3 Wochen. Seit 3 Jahren unter Kontrolle. Regelmäßig polizei-

ärztlich untersucht. Seit 8 Tagen Schmerzen im Hals, seit 3 Tagen Geschwür an den Genitalien; unbehandelt.

Status: Über beiden mittleren Schneidezähnen des Oberkiefers ein sichelförmiger, scharf umschriebener, braunroter, mit festhaftendem, schmutzigweißem fibrinösen Belag bedeckter Substanzverlust, leicht blutend und stark schmerzend. Zahnpapillen sonst normal. Tonsillen beiderseits geschwollen mit zarten grauweißen orbikulär begrenzten Epithelverdickungen. Drüsen beiderseits unter der Mandibula multipel, derb, verschieblich, dattelkern- bis dattelgroß, rundlich, wenig schmerzhaft.

Am Rumpf (Oberbrustgegend frei), an der Innenseite der Arme und an den Beinen zahlreiche blaß braunrote, unregelmäßig angeordnete, auf Druck blaß braun abblassende, hanfkorn- bis linsengroße, verwaschene, plane Effloreszenzen. Handteller, Fußsohlen und Analfalten frei.

Inguinaldrüsen, Halsdrüsen bohnengroß, derb, indolent.

Cubitaldrüsen nicht zu tasten.

An der hinteren Kommissur ein fast hellergroßer, unterhalb des linken großen Labiums und an der Kontaktfläche der Nates acht hanfkorngroße Substanzverluste, mäßig tief, braunrot, Basis drusig uneben, mit leicht entfernbarem Belag bedeckt. Ränder eleviert, unterminiert, peripher stark gerötet. Vulva gerötet. Aus der linken Bartholinischen Drüse auf Druck dünnflüssiger Eiter.

Aus der Urethra entleert sich kein Sekret. Mikroskopische Untersuchung: Epithelien, Leukocyten, Gono-

kokken. Schleimhaut der Vagina stark gefaltet, Portio zapfenförmig, blaß, nicht erodiert. Aus der Cervix entleert sich glasiger Schleim. Mikroskopische Untersuchung: Schleim, Epithelien, wenig Leukocyten, keine Gonokokken.

12. August. Tonsillen noch belegt, Roseola noch deutlich sichtbar. Ulcera mollia gereinigt.

15. August. Ulcera etwas verkleinert. Substanzverlust am Zahnfleisch nicht mehr sichtbar.

17. September. 4 Runden eingerieben. Luetische Erscheinungen geschwunden. Geheilt entlassen.

Über die Sklerose am Zahnfleisch äußern sich die Autoren bezüglich der klinischen Erscheinungen, des Sitzes usw. in ziemlich übereinstimmender Weise. Fournier betont, daß die Lokalisation gewöhnlich die äußere Fläche des Zahnfleisches, die Gegend des Zahnhalses sei, und daß sie immer in der Einzahl vorkomme. Er unterscheidet dem Aussehen nach zwei Formen. Bei der ersten Form, welche den Typus des erosiven Schankers zeigt, findet sich ein scharf umschriebenes, gleichförmiges Infiltrat von glatter Oberfläche, lebhaft roter Farbe und gewöhnlich von halbmond- oder sichelförmiger Gestalt, ein Halbmond, der die Fassung von ein, zwei, oder ganz selten von drei Zähnen einrahmt.

Die zweite Form zeigt nicht so sehr den Charakter des Schankers und kompliziert sich mit Erscheinungen der Alveolar-Periostitis. Man findet ein undeutlich

umschriebenes Geschwür, das auf geschwellter, schwammiger Schleimhaut aufsitzt und hauptsächlich entzündliche Erscheinungen darbietet. Oft ist die Drüsenschwellung das einzige diagnostische Kennzeichen.

Ähnlich äußern sich Gaucher und Taylor.

Nach Neumann sind die Geschwüre meist keilförmig, dunkelrot, scharf begrenzt und mit aufgeworfenem Rande versehen.

Finger beschreibt sie als scharf umschriebene, seichte, flache Erosionen, die durch die Umschriebenheit und die düsterrote Farbe auffallen und entweder intensiv glänzen oder mit einem diphtheroiden Belage bedeckt erscheinen; meist reiten sie auf dem Zahnfleisch, d. h. sie reichen von der interdentalen Papille aus gleichweit nach außen und innen.

Auch Lesser schildert sie als halbmondförmig; ähnlich Keyes: „an eroded induration surrounding the roots of several teeth".

Was nun die genaue Lokalisation anlangt, so ist nach Finger der Oberkiefer meist, und zwar die vordere Seite bevorzugt entsprechend dem Frenulum und den Schneide-, Augen- und ersten Backenzähnen, seltener den Mahlzähnen.

Die Zähne der betreffenden Partie sitzen meist fest, nur selten werden sie als gelockert angegeben. Die konsensuelle Drüsenschwellung betrifft in der überwiegenden Mehrzahl nur die submentalen und submaxillaren Lymphdrüsen.

Schmerzhaftigkeit im höchsten Grade wechselt mit vollkommener Unempfindlichkeit des Geschwürs; letztere ist meist angegeben.

Wie schon oben erwähnt, finden sich neben dem typischen Bilde der Sklerose Fälle, in denen die Diagnose des Primäraffekts schwierig, fast unmöglich erscheint.

Meist zeigt er sich dann als V-förmiger, oberflächlicher, scharfrandiger Substanzverlust, dessen Oberfläche nicht belegt, aber auffallend dunkelrot gefärbt ist. Die Ausdehnung ist meist gering, ganz selten drei Zähnen entsprechend; die Induration ist gering oder nicht nachzuweisen. Auffallend ist vielleicht der scharfe Rand, die dunkle Färbung, der Glanz der Oberfläche und der lange Bestand der Erosion. Ausschlaggebend ist dann allein die indolente Schwellung der Submental- und Submaxillardrüsen, die die Diagnose sichert.

Betrachten wir nun die angeführten ausführlicher beschriebenen 38 Fälle von Zahnfleischsklerosen zusammenfassend, so ergibt sich der Sitz des Geschwürs 23mal am Zahnfleisch des Oberkiefers und 3mal am Unterkiefer; in den übrigen Fällen ist die genauere Lokalisation nicht angegeben. Irgendeine bestimmte Erklärung für das Überwiegen des Sitzes am Oberkiefer läßt sich nicht abgeben, obschon sicherlich eine besondere Ursache für dieses auffallende Überwiegen des Oberkiefers anzunehmen sein wird. Ein Unterschied zwischen rechter und linker Kieferhälfte läßt sich dabei kaum feststellen.

Am häufigsten entspricht das Geschwür der Lage nach den vorderen Schneidezähnen, ziemlich oft auch den Eckzähnen, seltener den Mahlzähnen. Der Größe nach umfaßt die Ulzeration meist ein bis zwei nebeneinanderliegende Zähne, seltener erstreckt es sich über drei Zähne; meist ist die Zahnfleischsklerose klein oder von mittleren Dimensionen, bohnen- oder fingernagelgroß.

Besonders interessant ist der einzig dastehende Fall, wo die Sklerose am inneren Zahnfleisch lokalisiert war, während alle übrigen Sklerosen sich am äußeren Zahnfleisch befanden.

Das klinische Bild des Primäraffekts am Zahnfleisch ist verschieden. Am sonst gesunden Zahnfleisch präsentiert sich die Sklerose nach Fournier dem Aussehen nach etwa genau so wie ein genitaler Primäraffekt. Sie bildet dann meist eine sichel- oder halbmondförmige Infiltration, die einen oder mehrere Zähne gewissermaßen einfaßt. Die Ränder sind meist wallartig aufgeworfen, oft auch ist das Geschwür in toto über das Niveau des Zahnfleisches erhaben. Der Grund des meist flachen Geschwürs ist glatt, glänzend, speckig, von der Farbe mageren Schinkens, opalisierend, teilweise weißlichgrau belegt, oft aber auch rosenrot bis lividrot. Die Sekretion ist gering; selten nur findet sich ein eitriger, gelblichgrauer Belag, der sich leicht entfernen läßt.

Über das Symptom der Härte gibt es verschiedene Meinungen. Einige Autoren betonen, daß die Härte des Geschwürs am Zahnfleisch ein wichtiges Symptom des

syphilitischen Primäraffekts sei. Diese Behauptung ist aber mehr eine akademische als der Wirklichkeit entnommene Forderung; denn Rille betont mit Recht, daß sich die spezifische Derbheit eines gingivalen Primäraffekts nicht leicht von der natürlichen Härte des gesunden Zahnfleisches unterscheiden lasse.

Mit der Ausbildung der Ulzeration geht indes zuweilen eine krankhafte Veränderung des umgebenden Zahnfleisches einher oder geht ihr voraus. Es ist meist gerötet, oft leicht blutend, schwammig aufgetrieben, seltener auf Druck Eiter sezernierend.

Der Primäraffekt am Zahnfleisch ist bisher nur in der Einzahl beobachtet worden. Bemerkenswert ist ein Fall von Fournier, der die Koinzidenz einer Gingival- und einer Gaumensklerose zeigte.

Die wichtigste Begleiterscheinung ist die indolente Drüsenschwellung zunächst der gleichen, bisweilen — und dann erst später auftretend — der dem Sitze des Primäraffektes entgegengesetzten Seite. Die Submaxillar- und Submentaldrüsen sind meist als harte Knoten zu fühlen, prall elastisch und verschieblich. Die Größe übertrifft gewöhnlich nicht die einer Haselnuß; von Bedeutung ist die geringe oder gänzlich fehlende Schmerzhaftigkeit. Die nachbarliche Drüsenschwellung ist ausschlaggebend, wie für alle Primäraffekte, so auch für Zahnfleischsklerosen, insbesondere in diagnostisch zweifelhaften Fällen von maßgebendster Bedeutung auch

bei Fehlen des spezifischen Exanthems, das je nach Lage des Falles noch nicht entwickelt oder bereits spontan involviert sein kann.

Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: dentale Periostitis, ferner Abszesse, Geschwüre und Verletzungen, die eine Schwellung der benachbarten Drüsen hervorrufen können, ferner sekundär syphilitische Infiltrationen und Plaques, aphthöse Eruptionen, tuberkulöse Geschwüre und Karzinom.

Im allgemeinen ist die Heilungsdauer bei Verletzungen des Zahnfleisches eine viel kürzere und beträgt meist nur drei bis fünf Tage. Ferner ist zu erwähnen: ulzeröse Gingivitis, die sich aber bald auf große Teile des Zahnfleisches erstreckt, eventuell sich sogar über das ganze Zahnfleisch ausbreitet. Begleitet ist diese Art der Erkrankung von starkem Speichelfluß und foetor ex ore.

Am schwierigsten ist die Diagnose, wenn das Zahnfleisch im ganzen oder in der Umgebung der Sklerose bereits in Farbe und Konsistenz verändert ist.

Die Infektion erfolgte anscheinend selten durch Perversitäten, sondern vielmehr durch zufällige Berührung mit Gegenständen, welche im Gebrauche eines Syphilitischen oder in irgendwelchem Kontakt mit einem solchen gewesen waren, z. B. durch Zahnstocher, Zahnbürsten oder Musikinstrumente. Oft genug erfolgte

die Ansteckung durch zahnärztliche Instrumente, vielleicht auch durch die Hände des Zahnarztes.

Zum Schluß gestatte ich mir, Herrn Professor Rille für Überlassung des Themas und seine liebenswürdige Anregung herzlichst zu danken.

Spezialdruckerei für Dissertationen, Robert Noske, Borna-Leipzig.

Lebenslauf.

Geboren am 26. März 1883 als der Sohn des 1895 verstorbenen Kaufmanns Lorenz Engelhardt in Freiberg i. S., besuchte ich mit $5\frac{1}{2}$ Jahren die höhere Knabenschule in Berlin, später die Realschule vor dem Holstentore in Hamburg. Von hier ging ich auf die 1. Bürgerschule in Zittau über. Nach halbjährigem Unterricht in Latein kam ich in die Quarta des Gymnasiums zu Zittau; später besuchte ich das Gymnasium zu Schneeberg, wo ich Ostern 1903 das Reifezeugnis erhielt.

Meiner Militärpflicht genügte ich vom April bis September 1903, während welcher Zeit ich bei der medizinischen Fakultät der Universität Leipzig immatrikuliert war. Ostern 1904 bis Michaelis 1905 studierte ich in Greifswald i. P., wo ich die medizinische Vorprüfung bestand; die folgenden 3 Semester studierte ich in Berlin, um Ostern 1907 wieder nach Leipzig zu gehen, wo ich im November 1908 das medizinische Staatsexamen bestand. Als Medizinalpraktikant war ich das erste Vierteljahr in der Hautklinik in Leipzig bei Herrn Prof. Rille tätig, während welcher Zeit ich meine Dissertation anzufertigen begann. Vom Februar bis April war ich als

Medizinalpraktikant am Krankenhaus Bethesda in Elberfeld, dann bis zum 31. Oktober am Kreiskrankenhaus zu Bernburg a. S. in derselben Eigenschaft tätig.

Seit dem 1. November bin ich hier als Assistenzarzt angestellt.

Bernburg a. S., den 11. November 1909.

Kreiskrankenhaus.

Martin Engelhardt.